

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

88

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René CHARPENTIER

Né à Meaux, le 21 septembre 1875

L'AUTOTHÉRAPIE PLEURALE

MÉTHODE DE GILBERT (de Genève)

Président : M. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

88

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

38



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René CHARPENTIER

Né à Meaux, le 21 septembre 1875

L'AUTOTHÉRAPIE PLEURALE

MÉTHODE DE GILBERT (de Genève)



Président : M. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHTER
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DR LAPERSONNF
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	POZZI
Clinique gynécologique	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile	ALBERT ROBIN
Clinique thérapeutique	MARFAN
Hygiène clinique de la première enfance	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEBUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

LE DOCTEUR PAUL CHARPENTIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

A LA MÉMOIRE

DU DOCTEUR EUGÈNE CHARPENTIER

Mon Grand-Père

DU DOCTEUR ÉTIENNE DE SAINT-AMAND

Mon arrière-grand-père

DU DOCTEUR DE SAINT-AMAND

Mon Trisaïeul

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital Necker

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON

Chirurgien de l'hôpital Cochin

Externat 1913

MONSIEUR LE DOCTEUR VARIOT

Médecin de l'hospice des Enfants Assistés

Externat 1914

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR HIRTZ (*in memoriam*) (Necker)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALTHER (Pitié)

M. LE DOCTEUR ANDRÉ PETIT (Hôtel-Dieu)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENON (Necker)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI (Pitié)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAUVAGE (Pitié)

M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER (Pitié)

M. LE DOCTEUR GRENET (Enfants Assistés)

AVANT-PROPOS

Les hasards de la guerre, après nous avoir fait passer plus de deux ans dans divers régiments, et conduit en un certain nombre de points du front, nous ont amené dans une petite ville de province où nous avons été chargé d'un service hospitalier comprenant des salles militaires et des salles réservées à la population civile.

Pendant le rigoureux hiver que nous avons subi, nous avons eu à soigner un certain nombre de cas de pleurésie séro-fibrineuse. Quelques malades ont été traités par les méthodes classiques : thoracentèse. Pour les autres, nous avons employé le procédé de Gilbert, de Genève, et nous avons conçu la pensée de faire ce modeste travail en exposant impartialement les résultats que nous avons obtenus.

Les conditions difficiles dans lesquelles nous nous sommes trouvé, et le manque de laboratoire nous ont obligé à nous en tenir aux seuls renseignements fournis par la clinique. Nous tenons tout particulièrement à remercier M. le Dr Devoir, médecin chef de la Place, des conseils éclairés qu'il a eu l'obligeance de nous donner et qui nous ont grandement facilité notre tâche.

L'AUTOOTHÉRAPIE PLEURALE

MÉTHODE DE GILBERT (de Genève)

DÉFINITION

Gilbert (de Genève) a proposé en 1894 une méthode, pour le traitement des épanchements pleuraux, qui consiste à injecter sous la peau des malades une quantité déterminée de leur propre liquide pleural.

C'est cette méthode qui fut bientôt connue et appliquée sous le nom de « *auto-sérothérapie de la pleurésie* ».

Victor Audibert a fait remarquer que ce terme est inexact. Il semblerait indiquer, dit-il, que la séreuse fait elle-même et spontanément sa thérapeutique. D'autre part on n'utilise pas un sérum, mais un composé de fibrine, de bacilles, de cellules et d'eau. Il propose le terme de « *plasmothérapie* ». C'est comme le font remarquer Sicard et Galup, substituer une impropriété de terme à une autre. De même que le liquide pleural n'est pas du sérum, ce n'est pas d'avantage du plasma. Il n'entre point dans

la constitution du plasma de cellules, de bacilles, etc...

Nous avons adopté, pour ces raisons, l'expression proposée par Sicard et Galup (1), *autothérapie pleurale*, qui a l'avantage de ne pas préjuger fausement de la nature du liquide pleurétique.

1. Sicard et J. Galup, *Soc. médic. des hôp. de Paris*, 10 fév. 1911

HISTORIQUE

En 1890 Landouzy (1), expérimentant la lymphe de Koch et n'en ayant plus à sa disposition injecta à un tuberculeux de son service de Tenon une pleine seringue de Pravaz d'un liquide séreux pleural. Les épanchements pleuraux, disait-il, sont dans ce cas de véritables « solutés de tuberculine ».

En 1891, guidés par la même idée, le professeur Debove, Jules Renault et Rémond (de Metz) (2), injectèrent à un malade porteur d'un lupus 10 centimètres cubes d'un liquide de pleurésie séreuse et tuberculeuse. La température s'éleva de 1 degré et la rougeur du lupus augmenta. Ils en conclurent qu'il existe dans les épanchements pleuraux tuberculeux un principe analogue à celui de la tuberculine de Koch, la réaction ne se produisant que chez les tuberculeux.

Tels sont les faits qui conduisirent Gilbert (de Genève) à penser que la tuberculine devait se trouver en solution diluée et atténuée dans les épanche-

1. Landouzy, *les Sérothérapies*, 1898, p. 359.

2. Debove, Renault et Rémond, *Soc. méd. des hôp.*, 24 juillet 1891.

ments pleuraux et à utiliser le liquide pleural comme agent thérapeutique. C'est cette méthode qu'il nomma l'auto-sérothérapie pleurale. Gilbert communiqua au Congrès de Rome de 1894 (1) le résultat de 21 observations dont 12 personnelles, 7 fournies par Bourget de Lausanne, 1 par Maillart et 1 par Andreae de Genève.

« La plupart des malades n'ont reçu que deux injections de leur propre liquide pleural, à un ou deux jours d'intervalle, chez tous ces patients le début de la maladie remontait à moins de huit jours. Deux fois l'injection n'a produit aucune réaction et aucune modification. Dans tous les autres cas l'injection de l'exsudat a été suivie d'une réaction générale plus ou moins forte avec une élévation de température ayant varié de 38°5 à 40 degrés. A partir du jour de l'injection on constate *la diminution de l'épanchement pleurétique*. Peu à peu les symptômes s'atténuent, l'état général s'améliore *et en six à dix jours on obtient une résorption complète et définitive de l'exsudat.* »

Ce n'est que deux ans plus tard à un nouveau Congrès de Rome (1896) que Scarpa (2) reprenant les recherches de Gilbert, publia une note sur l'auto-sérothérapie séro-fibrineuse d'origine tuberculeuse. Sur 9 cas publiés par cet auteur, 6 sont positifs, 3

1. Gilbert (de Genève), *Atti delle XI congresso intern. di med di Roma 1894 et Gazette des Hôpitaux*, n°, 72 1894, p. 677.

2. Scarpa, *Atti delle VII^e Congres. di medic. Int. di Roma*, 1896.

sont négatifs. Néanmoins, dans les 3 cas négatifs, le sérum pleural aurait influencé favorablement l'évolution des lésions tuberculeuses.

Le premier, en France, Breton (de Dijon) (1) « utilise le liquide pleural, qui doit renfermer de la tuberculine comme les produits de culture du bacille tuberculeux, à l'instar d'un vaccin ». Sous l'influence de cet unique traitement ses malades guérissent rapidement sans l'administration d'aucun médicament.

En présence de résultats aussi encourageants, de nombreux médecins, appliquèrent à leurs pleurésiques l'auto-sérothérapie connue alors sous le nom de « méthode de Gilbert ». C'est alors qu'apparurent les premiers cas d'insuccès et Mongour (de Bordeaux) et Gentès (2) communiquèrent au XII^e Congrès de Médecine de Paris (1900) une statistique dénonçant 82 cas pour 100 d'insuccès.

De très nombreuses observations parurent en Italie de 1900 à 1908. Rossie Garbarini (3), Maragliano (4), Donzello (5), Landolfi (6), Geronzi (7), Jovane (8), Fede (9), Baccari (10), Costa (11),

1. A. Breton (de Dijon), *Sérothérapie de la pleurésie séreuse*, (*Gaz. des Hôpit.*, 1899, n° 25, p. 229).

2. Mongour et Gentès, *Congrès intern. de méd.* Paris, 1900, in *Sem. méd.*, 1900.

3. Rossie Garbarini, *Gaz. deg. osped. e delle cliniche*, 1901.

4. Maragliano, *Gaz. deg. osped. e delle cliniche*, 1903, p. 490.

5. Donzello, *Riforma medica*, n° 16, p. 443, 1903.

6. Landolfi, *Riforma medica*, n° 90, 1904.

7. Geronzi, *la Medicina italiana*, fév. 1906.

8. Jovane, *la Pediatria*, n° 11, 1905.

9. Fede, *la Riforma medica*, n° 48, 1906.

10. Baccari, *Rivista clinica terapeutica*, p. 469, 1906.

11. Costa, *Giornale intern. dellé science med.*, fasc. II, 1907.

Jona (1), Giasi (2), Nasetti (3), Fontana, apportèrent en nombre à peu près égal des résultats positifs et négatifs.

En 1909, le cadre de la question s'élargit. Gilbert revient sur ses premières observations à la Société de Médecine de Genève (4). Il déclare que l'auto-sérothérapie est non seulement applicable à la pleurésie tuberculeuse, mais encore à la pleurésie séro-fibrineuse en général.

C'est aussi l'opinion de Marcou (de Pétrograd) (5). « Effectivement, dit-il, l'auto-sérothérapie agit très vite non seulement dans les pleurites aiguës tuberculeuses, mais aussi dans la pleurésie des typhoïdiques, et dans l'hydrothorax des cardiaques ou des brightiques, tout comme dans les pleuro-pneumonies grippales. »

Les résultats de Marcou, et qui portent sur la plus forte statistique publiée par un auteur, sont particulièrement brillants.

L'auteur n'a pas un insuccès sur 82 cas. Une seule fois il fut obligé de recourir à la ponction.

De même Schnutzen (6) publie 15 observations, sur lesquelles une seule n'a pas été couronnée de succès.

1. Jona, *Gaz. de Osped. et delle cliniche*, n° 73, 1907.

2. Giasi, *Giornale med. del broccitta*, 1907.

3. Nasetti, *Riforma medica*, 1908, n° 39, p. 1073.

4. Gilbert, *Société médicale de Genève*, 22 déc. 1909.

5. Marcou, *L'Auto-sérothérapie pour activer la résorption des épanchements pleuraux* (*Presse médicale*, 1909, n° 71, p. 627).

6. Schnutzen, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 18 janvier 1909, p. 97-100.

Les observations favorables à la méthode paraissent plus nombreuses en France. Le 4 juin 1909 Enriquez, Gaston Durand et Mathieu-Pierre Weil (1) apportent à la Société médicale des hôpitaux de Paris, 3 cas heureux où l'injection sous-cutanée de liquide pleural a amené une résorption complète des épanchements, radioscopiquement contrôlée.

Notons encore les observations positives de René Gaultier (2), de Weill et Mouriquaud (3), de Boinet et Murel (4), de Victor Audibert (de Marseille) (5), les observations très instructives de Le Play (6), et celle de A. Billet et Bressot (7).

En 1911 enfin le Dr Devoir (de Villeneuve-sur-Yonne) (8) publie un cas de guérison rapide, et fait suivre son observation de considérations théoriques fort intéressantes.

1. Enriquez, Gaston Durand et Pierre Weil, *Trois cas de pleurésie séro-fibrineuse traités par injections sous-cutanées de liquide pleural* (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1909, p. 1136).

2. René Gaultier, *l'Auto-sérothérapie de la pleurésie séro-fibrineuse (méthode de Gilbert, de Genève)* (Bull. génér. de thérapeutique, 8 sept. 1909, p. 321-336).

3. Weill et Mouriquaud, *Soc. méd. des hôpit, de Lyon*, janvier 1910.

4. Boinet et Murel, *Marseille médical*, 15 mai 1910.

5. Victor Audibert, *la Plasmothérapie des épanchements séreux* (J. médic. français, 15 nov. 1910).

6. A. Le Play, *Auto-sérothérapie des épanchements séreux* (Bull. méd., 27 juil. 1910, p. 707).

7. A. Billet et Bressot, *Auto-sérothérapie de la pleurésie* (Soc. de méd. milit. fr., 21 avril 1910).

8. Devoir, *Un cas d'autosérothérapie dans une pleurésie tuberculeuse. Heureuse influence sur le processus tuberculeux* (Bulletin de la Société médicale de l'Yonne, 1911, p. 18).

Il semble d'ailleurs que l'idée primitive du professeur Debove, en faisant son chemin, ait gagné peu à peu en ampleur. Partie d'un phénomène de pathologie générale elle atteint la thérapeutique des épanchements pleuraux tuberculeux. Elle s'étend peu à peu aux épanchements pleuraux inflammatoires en général, voire même aux épanchements mécaniques de la plèvre. Il n'y avait qu'un pas à faire pour appliquer la méthode aux épanchement ascitiques et conclure que ce qui était vrai pour la plèvre pouvait être vrai pour le péritoine.

Quoique cette étude sorte du cadre de notre sujet il nous paraît utile de signaler les résultats intéressants d'auto-sérothérapie ascitique de V. Audibert et F. Monges (1), Jeunet (d'Amiens) (2), Pron (3), Rogue et Cordier (4), Le Play (5), Godlewski (6).

Il s'agit d'ailleurs, dans ces cas, d'épanchements manifestement non tuberculeux, souvent mécaniques et qui jettent quelques lumières sur les théories que l'on a voulu édifier au sujet du mécanisme biologique de l'auto-sérothérapie.

1. V. Audibert et F. Monges, *l'Auto-sérothérapie de l'ascite* (C. R. de la Société de biologie, nov. 1900. — Id. *Presse médicale*, 2 février 1910).

2. Jeunet, Soc. méd. des Hôpitaux d'Amiens, nov. 1909.

3. Pron, Soc. de Thérapentique, 27 avril 1910.

4. Germain Rogue et Victor Cordier, *Auto-sérothérapie ascitique* (*Pr. méd.*, 1900, p. 465).

5. Le Play *loc. cit.*

6. Godlewsky, *Bull. et Mém. de la Société méd de Vaucluse*, sept. 1910.

THÉORIES BIOLOGIQUES ET MÉCANIQUES

Les théories pathogéniques de l'autothérapie pleurale ont passé par deux phases distinctes. Au début, le principe même qui avait guidé Gilbert, Scarpa, Breton, fournit une théorie biologique qui parut alors satisfaisante.

Puis, lorsque les insuccès furent publiés plus nombreux, lorsqu'aussi on montra que l'autothérapie pouvait s'étendre à des liquides pleuraux ou ascitiques *non tuberculeux*, une théorie mécanique tendit à se substituer à la première.

1° Théories biologiques

Pour Landouzy, Debove et J. Renault, Gilbert (de Genève), l'exsudat tuberculeux contient une sorte de tuberculine atténuée qui, injectée dans la circulation générale, agirait à la façon de la tuberculine de Koch.

En somme, d'après Gilbert l'autothérapie pleurale agirait « par le passage dans le sang d'un liquide contenant des produits biologiques du bacille de Koch, des substances antitoxiques bactéricides etc., et en provoquant la formation de substances de

défense, d'anticorps spécifiques qui aideraient à neutraliser la toxine virulente et à limiter le processus tuberculeux envahissant (René Gaultier, *Bull. gén. de Thérap.*, 8 sept. 1909, p. 334).

Mais alors, comment expliquer les alternatives de succès et d'insuccès dans des cas cliniquement identiques ?

J. Courmont (1) répond à cette objection qu'il y a différents liquides pleuraux possédant les uns des propriétés favorables, les autres des propriétés défavorables. Pour être curatif le liquide pleural doit posséder des propriétés particulières bactéricides, agglutinantes et non anaphylactisantes.

« Ce sont probablement dit-il, les liquides les mieux fournis en ces substances utiles, anticorps ou autres, qui sont curateurs par eux-mêmes ou en déterminant dans l'organisme la production d'autres substances analogues (antitoxines, etc.). Or, ces propriétés humorales favorables se rencontrent surtout à la période où la séreuse a fourni son maximum d'effort défensif, que nous pourrions appeler *période de maturation* de l'épanchement. A ce moment, l'auto-inoculation a les plus grandes chances de produire d'heureux effets : 1° à cause de la nature du liquide injecté ; 2° parce que la maladie est précisément à ce point où elle va guérir spontanément et où tout réussit. »

« D'autre part, si on inocule au porteur un liquide

1. J. Courmont, *Soc. méd. des Hôpitaux de Lyon*, 18 janv. 1910.

pleural hypertoxique, anaphylactisant, dépourvu de propriétés agglutinantes, bactéricides, on n'obtient qu'un insuccès : 1° parce que le liquide est nocif ; 2° parce que la pleurésie est à la période d'augmentation ».

Ce ne sont malheureusement là que des hypothèses ingénieuses et Gilbert lui-même abandonna la théorie purement spécifique pour lui substituer une hypothèse non moins fragile :

L'exsudat pleural injecté agirait en déterminant un appel leucocytaire intense « qui par son apport plus considérable d'alexines dans un milieu riche en sensibilisatrices, entrave, arrête la marche du processus infectieux en augmentant les moyens de défense naturels de l'organisme » (1).

Marcou (2) enfin suppose la formation d'une *anti-pleurite* ou d'une *antisérose*. De son aveu même « ce raisonnement n'explique rien ».

2. — Théories mécaniques

Victor Audibert (3) montra le premier que l'on pouvait appliquer l'auto-sérothérapie aux épanchements de toute nature, aussi bien aux transsudats qu'aux exsudats. Les hypothèses précédentes ne trouvant plus alors leur vérification, il admit la possibilité

1. Gilbert, *Rev. méd. de la Suisse romande*, janv. 1910.

2. Marcou, *loc. cit.*

3. Audibert, *loc. cit.*

d'une action purement mécanique. Se basant sur ce fait, incontestable d'ailleurs, que l'autothérapie agit principalement en provoquant la diurèse il conclut que l'autothérapie est une polyurie provoquée.

Fede (1) pense également que la méthode de Gilbert a une action très particulière sur le filtre rénal.

Telle est encore l'opinion soutenue par A. Le Play (2) : « Il est certain, dit-il, que si le liquide pleural injecté sous la peau agit sur le rein en provoquant la diurèse, tout en favorisant la résorption pleurale, on peut supposer que la diurèse, se faisant aux dépens de la masse totale du sang circulant, peut, par contre-coup, dans un but d'équilibre physiologique, favoriser la résorption du liquide pleural, et ainsi, à côté de l'action directe, invoquée par certains auteurs de l'auto-sérothérapie sur les épanchements, il faudrait faire place à une influence indirecte par l'intermédiaire du rein ; en effet l'intégrité de ce dernier organe semble jouer un rôle capital dans l'efficacité de la méthode ».

L'injection d'un liquide pleural riche en urée, chlorure de sodium, sucre agirait comme une solution hypertonique par rapport au sérum sanguin et déclancherait la diurèse (Travaux de Munk, de Charvin et Desgrez, etc.) par suite du mécanisme régulateur si bien démontré par M. le professeur Achard.

L'injection dans la circulation générale d'un liquide

1. Fede, *loc. cit.*

2. A. Le Play, *loc. cit.*

pleural hypertonique trouble la tension osmotique du sérum sanguin par concentration moléculaire. Pour rétablir sa tension osmotique normale le plasma sanguin fait un appel d'eau.

Il y a dilution sanguine, première étape et étape nécessaire de la polyurie (Lœper).

J. Galup enfin pense que les modifications dans la formation ou la résorption d'un épanchement sont fonction, en partie du moins, de modifications de la tension superficielle du liquide épanché. Ce serait le liquide dont la tension superficielle est la plus faible qui se porterait vers l'autre.

3. Critique des théories

De nombreux auteurs ont opposé à ces théories, des observations cliniques, qui mettent en doute la valeur même de l'auto-sérothérapie.

La piqûre pleurale et la soustraction de liquide même en faible quantité agiraient par simple effet mécanique. Dieulafoy a montré que le reliquat de l'épanchement est d'autant plus vite absorbé qu'une partie du liquide a été retirée. Pour Frenkel la soustraction d'une faible quantité de liquide agirait en diminuant la pression sur les vaisseaux lymphatiques.

Lévy-Valensi et M^{lle} Pouzin (1), Testevin (2), ont obtenu la résorption d'épanchements pleuraux par

1. Lévy-Valensi et M^{lle} Pouzin, Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 21 mars 1910.

2. Zestevin, Soc. de méd. milit. française, 21 avril 1910.

des évacuations répétées de très faibles quantités de liquide pleurétique (2 à 10 cmc.).

Objection plus sérieuse encore : Lancereaux fait remarquer que la pleurésie séro fibrineuse peut évoluer naturellement vers la guérison en un mois à six semaines.

Fernet (1) objecte également à Enriquer la possibilité d'une résorption spontanée dans un délai de trois semaines. Pour lui, quand il n'y a pas d'indications formelles, il faut attendre, pour ponctionner, le délai de résorption spontanée et n'intervenir que si l'épanchement « est décidément immobilisé sans aucun espoir de résorption probable par les seuls efforts de la nature », p. 1142).

Il est certain que les épanchements pris au début donnent les meilleurs résultats (Marcou, Audibert).

Néanmoins, outre que la résorption naturelle d'un épanchement pleural paraît avoir été activée dans un très grand nombre d'observations par l'autothérapie pleurale, il est aussi des cas où seule cette méthode a permis de faire diminuer ou disparaître des épanchements rebelles à toute thérapeutique (Weill et Mouriquand, Boinet et Murel).

Théorie de Gilbert. — La théorie mécanique de Audibert, Le Play est la critique la plus sévère de cette théorie. Le fait que des épanchements *non tuberculeux* cèdent à l'autothérapie, que les exsudats et les transsudats suivent la même fortune, comme

1. Fernet, in Comm. Enriquer (Soc. med. des hôp. de Paris, 1909).

aussi les observations nombreuses dans lesquelles la tuberculose a continué à évoluer, constituent, à notre avis, la meilleure preuve du peu de valeur de cette théorie abandonnée d'ailleurs par son auteur.

M^{lle} Zolotareff (1), dans sa thèse, accumule les critiques.

Elle discute l'existence réelle dans les sérosités d'une tuberculine.

Elle s'appuie sur deux faits :

1° Les injections ne s'accompagnent pas toujours d'élévation thermique ;

2° Les tentatives de réaction de fixation (Widal et Le Sourd, Wassermann, Bezançon et de Serbonne) pratiquées dans le but de démontrer la présence d'anticorps-tuberculeux dans le sérum des bacillaires, ont été loin de se montrer toujours positives.

L'auteur se demande encore, à supposer même qu'il existe une tuberculine dans les exsudats, si l'on peut conclure à son pouvoir curatif. C'est remettre en question la valeur curative des tuberculines en général.

L'auteur est assez dur pour les multiples essais d'injections de liquides variés (liquide d'hydrocèle, d'hydarthrose, de liquide céphalo-rachidien) et les englobe sous l'expression, d'ailleurs spirituelle, de « *caravansérail thérapeutique*. »

1. M^{lle} Zolotareff, *Etude critique du traitement des épanchements séreux et de l'auto-sérothérapie*, Thèse de Paris, 1910.

Théorie mécanique. — Toute séduisante et ingénieuse qu'elle soit, cette théorie est passible de deux objections :

1^o Pourquoi l'autothérapie provoque-t-elle une diurèse, là où d'autres médications, devant agir par le même mécanisme, ont échoué ;

2^o Pourquoi relevons-nous des cas où la résorption de l'épanchement s'est produite sans s'accompagner de diurèse nette.

Toutes ces théories nous paraissent plausibles, aucune ne satisfait complètement l'esprit et ne s'accorde pleinement avec la réalité des faits. Il faut reconnaître d'ailleurs qu'elles ne s'appuient sur aucun fait absolument précis et qu'elles n'ont pas encore pu être vérifiées ou infirmées par une méthode expérimentale rigoureuse.

Nous ne saurions en tirer aucune conclusion et nous nous bornons, faute de mieux, à constater les résultats souvent heureux de l'autothérapie, sans chercher à en connaître la cause.

ETUDE CLINIQUE

1^o Technique

La technique est des plus simples. Après aseptie de la peau on ponctionne la plèvre, comme pour une ponction exploratrice. On aspire quelques centimètres cubes de liquide ; on retire l'aiguille jusqu'à ce que la pointe soit dans le tissu cellulaire sous-cutané. On bascule alors l'aiguille et on réinjecte sous la peau le liquide pleural. Il n'y a pas de lieu d'élection pour cette ponction et cette réinjection *in situ*.

Cette technique est suivie par tous les auteurs. Seuls, la dose et le moment de l'injection sont variables.

Gilbert injecte 1 à 2 centimètres cubes à un ou deux jours d'intervalle.

Les malades n'ont reçu que deux injections. Dans quelques cas rebelles, il a pratiqué néanmoins cinq à six injections.

Chez tous ses patients, le début de la maladie remontait à moins de huit jours.

Garbarini conseille d'injecter des doses progressi-

vement croissantes de 1 à 10 centimètres cubes tous les deux à trois jours.

Donzello injecte 5 centimètres cubes d'un seul coup.

Marcou injecte 2 centimètres cubes, dose suffisante pour lui dans la majorité des cas. Il conseille de pratiquer une deuxième injection une semaine après la première si la fièvre monte encore à 38 degrés le soir.

Enriquez injecte deux centimètres cubes à la première ponction, 1 centimètre cube seulement ensuite. Trois injections suffisent d'après lui.

Audibert injecte 5 centimètres cubes. L'autothérapie doit donner un résultat dès la première piqûre. « Si celle-ci est négative, il est fort probable que toutes les autres le seront aussi. D'où ce précepte, de s'abstenir lorsqu'une ou deux piqûres n'auront produit aucun effet. »

Pour René Gaultier « la quantité du liquide à injecter varie suivant la forme : 2 à 3 centimètres cubes dans les formes aiguës, 4 à 5 centimètres cubes dans les formes chroniques ».

Somme toute, les auteurs sont d'accord pour employer des doses variant entre 1 et 5 cent. cubes.

Ce sont les doses que nous avons employées nous-mêmes.

On peut sans inconvénient répéter les injections qui ne sont pas douloureuses. Il ne se produit aucune rougeur, aucune réaction locale.

La seule *contre-indication* à cette méthode inof-

fensive, est fournie par l'état du liquide. Il y a lieu de s'abstenir si le liquide est purulent ou séro-purulent. Dans tous les cas où l'aspect du liquide peut faire penser à une évolution purulente possible, il est prudent de pratiquer préalablement un examen cytologique.

Mais comme le dit très justement Marcou : « Ce n'est que le pus qui m'arrête. »

Dans la thèse de M^{lle} Zolotareff (pages 131-132) nous trouvons pourtant, au passif de l'autothérapie pleurale, pratiquée suivant la technique ordinaire deux accidents, l'un de tuberculose locale (Oppenheim et Crépin), l'autre attribué à un choc anaphylactique (Barré).

Par contre, des observations multiples affirment l'innocuité absolue de la méthode.

A quelle période de la maladie faut-il pratiquer l'injection ? Pour la majorité des auteurs, les résultats les plus probants sont fournis par les épanchements récents. Telle est également notre opinion.

Néanmoins Courmont, pour des raisons que nous avons exposées plus haut, pense qu'il faut laisser passer la période d'augment et attendre la période de maturation. « Il faut, dit-il, que la pleurésie soit mûre pour la ponctionner ou l'inoculer. »

A notre avis, l'injection doit être pratiquée au moment où le liquide pleural atteint son maximum et cesse d'augmenter.

Résultats

Nos observations et celles très nombreuses que nous fournit la littérature médicale, nous permettent d'affirmer la réelle valeur de l'autothérapie pleurale. Il ne faut pas, d'autre part, exagérer les résultats de cette méthode. Nous verrons que, si son action sur la résorption de l'épanchement et par là même sur certains symptômes concomitants, semble indiscutable dans les cas observés par nous, il est difficile d'affirmer que l'autothérapie a un pouvoir curateur sur la maladie cause de cet épanchement et en particulier sur la tuberculose.

1° *L'autothérapie guérit-elle la tuberculose ?*

Gilbert, Scarpa, Breton l'ont pensé. Mais la plupart des auteurs ont refusé ensuite toute action spécifique antituberculeuse (Marcou) à l'autothérapie pleurale.

Audibert déclare nettement : « Je ne pris pas souscrire à l'opinion de Gilbert et dire que la plasmothérapie a agi sur la cause de la maladie. » Il cite en outre des cas de malades guéris par cette méthode, de pleurésie et qui ont évolué ultérieurement vers la tuberculose cavitaire. « Le pleurétique guérit, il n'en reste pas moins tuberculeux. »

Néanmoins en 1911, M. le Dr Devoir (de Ville-neuve-sur-Yonne), publie une observation de pleurétique tuberculeux guéri par autothérapie. « Toute

trace d'épanchement a disparu, dit-il, quelques râles persistent aux bases, la respiration est un peu rude aux deux sommets. Evidemment on ne saurait affirmer la guérison complète, mais la tuberculose a pris une forme latente avec une rapidité que son début ne permettait pas d'espérer. »

2° Action sur la modification des symptômes.

1° **La fièvre**— L'injection du liquide pleural, provoque parfois le soir de la piqûre une élévation thermique. Dans presque tous les cas, Gilbert a constaté une réaction générale plus ou moins forte avec une élévation de température ayant varié de 38°5 à 40 degrés. Cette réaction thermique est signalée encore par Breton, René Gaultier, Marcou. Elle est considérée par Landolfi comme ayant une valeur diagnostique pour la nature tuberculeuse de la pleurésie et cet auteur pense que la méthode de Gilbert pourrait être considérée comme une méthode d'auto-sero-diagnostic pour la tuberculose.

Cette élévation thermique est fort inconstante, même chez les tuberculeux, elle fait défaut dans nombre d'observations. Nous notons dans nos observations 2 cas seulement sur 5, où la réaction a été nette.

Quoiqu'il en soit, très rapidement après l'injection dans les cas favorables, la fièvre tombe.

Pour Gilbert la fièvre a disparu graduellement en six à dix jours. Marcou dit que le lendemain de la piqûre la fièvre tombe d'un degré pour ensuite des-

cendre très rapidement (en cinq à dix jours) et graduellement à la normale.

Nous trouvons cette diminution de l'état fébrile signalée chez bien des auteurs (Schnutzen, Gaultier, Enriquez, Devoir). Dans une de nos observations en particulier on voit nettement la fièvre tomber en quatre jours de 40 degrés à 38°2. Puis la fièvre remonte à 39°6. Une nouvelle injection pratiquée à cette époque ramène la température de 39°6 à 37 degrés en six jours. La température se maintient ensuite entre 36°8 et 37°4.

2° **Sueurs.** — On trouve dans quelques observations l'indication de sueurs abondantes, fait auquel on a voulu attribuer une importance pour la résorption liquide.

Nous pensons avec Audibert, qu'on ne peut pas tenir compte d'un tel symptôme chez des sujets bacillaires.

3° **Les urines.** — « Le phénomène de beaucoup le plus saillant, le plus considérable de la plasmothérapie est, certainement, l'augmentation des urines. La diurèse s'établit très rapidement, le lendemain de la première piqure ; 2 centimètres cubes de plasma (?) suffisent quelquefois à faire doubler les urines » (Audibert).

On note en général, à la suite de l'injection, une polyurie intense au début d'une pleurésie avec épanchement considérable et lorsque la pleurésie représente à elle seule tout le tableau clinique.

Lorsque la pleurésie survient comme complication

au cours d'une fièvre typhoïde, ou encore s'il s'agit d'un hydrothorax asystolique les résultats sont moins nets.

Nous avons observé cette diurèse chez nos malades. C'est le cas du malade de Gaultier, de deux malades d'Enriquez, de la plupart des malades de Schnützen ; Donzelli note aussi une diurèse considérable dans 5 cas, Jona dans 11 cas.

Marcou signale l'augmentation très marquée de volume des urines dans presque tous les cas.

Le Play constate dans ses trois observations une influence très nette de la diurèse, mais il n'y a pas eu d'action particulièrement sensible sur l'évolution du liquide pleural.

On trouve, il est vrai, un certain nombre de cas où la diurèse a fait défaut. Une impression nette se dégage néanmoins à la lecture des observations : *l'autothérapie provoque une diurèse abondante, et c'est peut être là son effet le plus constant.*

4° **L'exsudat.** — A partir du jour de l'injection, dit Gilbert, on constate la diminution de l'épanchement pleurétique. Peu à peu tous les symptômes s'atténuent, l'état général s'améliore et en six à dix jours on obtient une résorption complète et définitive de l'exsudat.

La durée habituelle de la pleurésie est beaucoup plus longue ; d'après la plupart des auteurs (Lance-reaux, Fernet), ce n'est guère qu'à la fin de la troisième semaine que l'on observe une diminution du liquide.

Or, tous les malades que Gilbert a observés ont guéri complètement dans l'espace de quinze jours à trois semaines.

Trois fois, les patients n'ont fait que dix jours de maladie avec un épanchement qui au moment de l'injection remontait jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Marcou publie 81 cas sur 82 avec disparition de l'exsudat. A propos de trois malades, pour lesquels il a pu s'assurer qu'ils n'avaient aucune tendance à résorber leur épanchement Enriquez écrit : « Dans nos trois observations nous avons noté une diminution rapide de l'épanchement à la suite des injections sous-cutanées de liquide pleural. Deux de nos malades sont actuellement complètement guéris, ainsi que nous avons pu nous en assurer par des ponctions exploratrices qui ont été blanches. Chez notre dernier malade (obs. III), qui présentait un gros épanchement qui pouvait être estimé à 3 lit. 500 environ, le liquide s'est résorbé en grande partie et aujourd'hui l'auscultation permet de percevoir le murmure vésiculaire jusqu'à la base du thorax. »

Chez ces trois malades l'évolution de l'épanchement a été contrôlée à l'aide de la radioscopie.

On trouve dans nombre d'auteurs des faits analogues, nous en publions, nous-même, cinq observations.

5° L'état général. — Tous les malades de Marcou ont accusé un bien-être énorme dans les heures qui ont suivi la piqure. « Surtout ceux qui souffraient de dyspnée suite d'un très gros épanche-

ment, ou d'un point de côté violent, au point que certains malades demandent une nouvelle piqure. » Cette phrase, d'un *emballé* de l'autothérapie nous laisse incrédule. Nous connaissons d'ailleurs l'effet d'une injection *loco-dolenti*, même d'eau distillée, sur la disparition des phénomènes de pleurodynie.

L'amélioration de l'état général, signalée par tous les auteurs dans les cas positifs, nous paraît liée à l'abaissement de la température et de la résorption de l'exsudat. C'est à la même cause qu'il faut attribuer l'action favorable sur *le cœur* et *la respiration* que Breton met à l'actif de l'autothérapie.

En résumé, à dater du moment des injections, on observe dans un fort grand nombre de cas, un abaissement de la température, avec polyurie et diminution de l'exsudat ; le soulagement, l'amélioration et même la guérison suivent de pair.

OBSERVATIONS (1)

OBSERVATION I

Soldat Gr..., vingt-deux ans. Ajourné à l'appel de sa classe pour faiblesse de constitution et récupéré par la suite. Son père est mort tuberculeux. Lui-même n'a jamais été malade.

Se trouvant en permission, il est pris de malaises avec fièvre et épistaxis. Il entre à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde, le 6 janvier.

La température oscille entre 39 et 40 degrés. Rien ne permet de confirmer le diagnostic posé à l'entrée (2). Seule l'auscultation révèle une légère diminution du murmure vésiculaire à gauche et quelques râles disséminés dans les deux poumons.

11 janvier. — On trouve des symptômes nets d'épanchement pleural à la base du poumon gauche remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. La ponction exploratrice pratiquée ce

1. Les circonstances de la guerre ne nous ont pas permis de pratiquer chez nos malades un certain nombre d'examens que nous jugions cependant utiles : examen cytologique du liquide, radioscopie des sommets et contrôle radioscopique de l'évolution de l'épanchement, examen bactériologique des crachats, etc.

2. Le séro-diagnostic de Widal a été fait, dans le service du Dr Laubry et s'est montré nettement négatif.

jour ramène quelques centimètres cubes d'un liquide clair et citrin.

Du 11 au 16, la température reste aux environs de 40 degrés et l'épanchement augmente. L'état du cœur, pouls petit et rapide à 110 inspire quelques inquiétudes et nécessite des injections d'huile camphrée.

16 janvier. — Nous aspirons deux centimètres cubes de liquide pleural, que nous injectons sous la peau, suivant la technique que nous avons indiquée. Le soir de l'injection la température est à 40 degrés.

Du 17 au 20 janvier, la température décroît régulièrement par chutes journalières de 5 à 8 dixièmes de degré et remontées vespérales de 2 dixièmes, si bien que la température n'est plus le 20 que de 38°2.

En même temps le taux des urines qui était le 16 de 500 centimètres cubes environ atteint et dépasse 1.200 centimètres³ cubes les jours suivants.

Les troubles cardiaques ont disparu.

21 janvier. — L'épanchement qui avait légèrement diminué augmente de nouveau. Les urines retombent à 500 centimètres cubes et la température saute brusquement du matin au soir de 38°2 à 40 degrés.

22 janvier. — La température est à 38°6 le matin. Nous pratiquons une ponction suivie d'injection (2 cmc. de liquide pleural citrin). Le soir la température est à 39°8.

23 au 27 janvier. — Les effets de l'injection sont surprenants. La température s'abaisse de près d'un degré par jour si bien que le 27 la température est à 37°2 le matin et 37°6 le soir.

Le taux des urines monte progressivement de 500 centimètres cubes à 2 litres.

27 janvier. — L'épanchement pleural a diminué de moitié. L'état général est très satisfaisant.

A partir du 27, l'état pleural va en s'améliorant et le 3 février le liquide a complètement disparu. Le murmure vésiculaire s'entend à la base du poumon gauche. Le malade conserve des frottements pleuraux. Convalescence longue.

OBSERVATION II

Soldat M..., vingt ans. Cultivateur.

Pas d'antécédents morbides héréditaires ni personnels. Mobilisé en 1915 ; il a toujours été bien portant jusqu'en avril 1917.

Au cours d'une permission il est pris de fièvre, avec légers frissons et point de côté violent. Il rejoint son corps et entre à l'hôpital le 18 avril 1917.

On constate à la base droite un épanchement pleurétique dont la matité remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate. L'état général est bon et la température est à 37°4.

Nous pratiquons une ponction exploratrice et injectons dans le tissu cellulaire sous-cutané 2 centimètres cubes de liquide pleural citrin. Le soir, la température atteint 37°6 ; il n'y a aucune réaction locale ni générale du fait de l'injection.

Le lendemain, le taux des urines s'est élevé de 1.200 à 2.500 centimètres cubes, taux qui persiste jusqu'au 23 avril, pour s'établir ensuite entre 1.500 et 1.800 centimètres cubes.

La température oscille entre 37 degrés et 37°4.

L'épanchement disparaît rapidement pour ne laisser aucune trace le 4 avril, dix-septième jour de la maladie.

Voilà donc un épanchement assez abondant qui a cédé en dix-sept jours. La rapidité de la résolution nous autorise à penser à l'heureuse influence de l'autothérapie.

OBSERVATION III

Soldat Mont..., vingt ans.

Pas d'antécédents morbides héréditaires, ni personnels.

Evacué à l'hôpital avec le diagnostic de bronchite suspecte des sommets, le 11 avril.

On trouve à son arrivée tous les signes d'un épanchement pleural droit très abondant. La matité remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. La température qui les jours précédents n'avait pas dépassé 37°8 est à 40 degrés.

13 avril. — La température est à 38 degrés. Nous attribuons l'élévation thermique des deux jours précédents à un voyage long et pénible que le malade dut accomplir pour gagner l'hôpital.

16 avril. — L'épanchement ne paraît pas augmenter, mais la gêne respiratoire est très accusée, le pouls est petit et rapide à 90. Devant ces symptômes nous pratiquons une ponction avec injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de deux centimètres cubes du liquide pleural clair et citrin.

Le soir la température s'abaisse à 37°4. Elle était à 38 degrés le matin. Néanmoins l'état général est sérieux, nécessitant une injection d'huile camphrée et l'administration d'une potion de Todd.

17 avril. — Température vespérale, 37°6. Etat toujours sérieux.

19 avril. — Température vespérale, 39°4.

20 avril. — Température vespérale, 37°6.

A partir du 20, l'état général s'améliore sensiblement.

La température décroît graduellement pour se tenir à partir du 28 entre 36°5 et 37 degrés. Le 28, c'est-à-dire en quinze jours, l'épanchement a totalement disparu ne laissant que quelques frottements pleuraux. Le malade se sent bien, mange de bon appétit et reprend graduellement ses forces. Il est si bien guéri qu'une rougeole qui se déclare les jours suivants, évolue chez lui sans complication et sans fièvre exagérée. Il y a cependant des réserves à faire sur le pronostic tuberculeux. La courbe urinaire est restée stationnaire chez ce malade durant toute la maladie.

OBSERVATION IV

D..., quarante-sept ans, peintre en bâtiments.

Alcoolique et saturnin. Sommets suspects.

Malade depuis le 14 mars.

16 mars. — On constate les signes d'un épanchement pleural à la base gauche.

17 mars. — La matité ayant nettement augmenté, on pratique une ponction exploratrice qui donne un liquide jaune citrin parfaitement transparent.

L'épanchement atteint l'épine de l'omoplate, néanmoins la dyspnée est peu marquée et le malade n'accuse qu'un point très douloureux :

La température oscille entre 38°2 et 39°6.

22 mars. L'épanchement n'ayant pas diminué nous nous décidons à pratiquer une ponction et à réinjecter 2 centimètres cubes du liquide pleural.

La température au moment de la ponction est à 38 degrés. Le soir elle atteint 39°4, supérieure de quelques dixièmes à la température vespérale des jours précédents.

Du 22 au 25 mars. — L'état du malade n'a pas changé.

25 mars. — Nouvelle ponction et nouvelle injection de 2 centimètres cubes de liquide pleurétique. La température le matin de l'injection est à 38°2, elle s'élève le soir à 39 degrés alors que la température des soirs précédents n'était que de 38°4.

A partir du 26, l'état du malade s'améliore sensiblement.

La température descend graduellement s'abaissant chaque jour de deux dixièmes de degré environ. Les urines ont nettement augmenté en quantité après l'injection. De 800 à 900 centimètres cubes elles atteignent 1.800 grammes les jours suivants. Le point de côté très douloureux encore le 25 disparaît complètement le 27.

31 mars. — L'épanchement a complètement disparu, l'état général est excellent, la température oscille entre 37°2 et 37°4.

Le malade a donc guéri en dix-jours d'une pleurésie avec gros épanchements de liquide. Néanmoins la respiration reste rude aux deux sommets des poumons, et nous portons un pronostic réservé au sujet de l'évolution de la tuberculose pulmonaire qui ne semble pas avoir été influencée par l'autothérapie.

OBSERVATION V

B... René, vingt ans, boucher.

Pas d'antécédents morbides.

En novembre 1915, fait une pleurésie gauche avec petit épanchement.

L'application d'un vésicatoire détermine une crise d'anurie qui dure trente-six heures. L'évolution traînante de la pleurésie laisse persister de nombreux frottements pleuraux. Tuberculose des sommets.

En août 1916, angine diphtérique guérie par des injections de sérum antidiphtérique.

29 avril 1917. — Le malade contracte la rougeole, pendant son séjour à l'hôpital où il était soigné pour des brûlures accidentelles.

La rougeole évolue sans complications, avec de fortes poussées de température atteignant le soir 40 degrés.

Au neuvième jour de la rougeole, le 7 mai 1917, au moment où la température n'est plus le soir que de 38°6, le malade se plaint d'un point douloureux violent du côté droit.

L'examen révèle la présence d'un épanchement abondant.

9 mai. — Ponction exploratrice et injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes du liquide pleural. Aucune élévation thermique à la suite de cette injection (38°6).

12 mai. — La température s'élève à 39°5. Nous pratiquons une deuxième injection de 2 centimètres cubes de liquide pleural citrin.

13 mai. — Nous trouvons le malade dans un tel état de

dyspnée que nous pratiquons d'urgence une ponction évacuatrice avec l'appareil de Potain. Nous tombons sur une plèvre épaissie et cloisonnée. Il nous est impossible de retirer plus de 100 centimètres cubes d'un liquide citrin. Le soir de la ponction la température est à 40°2.

14 mai. — Nous trouvons le malade plus calme, respirant mieux.

A partir du 15, la température décroît graduellement, avec néanmoins quelques poussées vespérales. L'état général reste très précaire, mais la dyspnée disparaît peu à peu.

29 mai. — L'épanchement a considérablement diminué, la température oscille entre 37°5 et 38 degrés le soir, la dyspnée n'existe plus. L'état général est mauvais du fait de la tuberculose des sommets qui paraît devoir évoluer rapidement.

La courbe des urines a oscillé entre 300 centimètres cubes et 1 litre pendant la durée de la maladie.

Il y a lieu de noter que cette pleurésie est la seconde en dix-huit mois.

CONCLUSIONS

1. L'autothérapie pleurale, méthode de Gilbert (de Genève) constitue pour le traitement des épanchements pleuraux une méthode d'une grande simplicité et d'une réelle innocuité si elle est pratiquée avec des liquides non purulents.

1. Elle est applicable non seulement aux épanchements de nature tuberculeuse, mais à tous les épanchements en général.

3. Les théories biologiques ou mécaniques, par lesquelles on a voulu expliquer son action, se réduisent à des hypothèses intéressantes qui nous paraissent toutes sujettes à objections.

4. L'autothérapie pleurale n'a pas d'action curative sur la cause même de l'épanchement pleural et en particulier sur la tuberculose pulmonaire.

Elle a une action évidente sur certains symptômes : elle provoque une diurèse utile, elle abaisse la température, elle active la résorption de l'exsudat, et fait disparaître rapidement les symptômes fonctionnels douloureux (dyspnée, point de côté). Elle a abrégé

sensiblement la durée habituelle de la pleurésie dans les cas que nous avons eu à traiter.

5. Elle semble agir plus efficacement que l'aspiration pleurale simple, et par un mécanisme différent.

Vu : le Président de la thèse

ACHARD

Vu et approuvé
pour le Doyen
l'Assesseur

POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Audibert* (de Marseille). — La Plasmothérapie des épanchements pleuraux (Journal médical français, 15 nov. 1910, p. 485).
- Audibert* (V.) et *Monges* (F.). — L'Auto-sérothérapie de l'ascite (C. R. de la Soc. de Biologie, nov. 1909; Presse médicale, 2 fév. 1910).
- Breton* (A.). — Sérothérapie de la pleurésie séreuse (Gaz. des Hôp., 1899, n° 25, p. 229).
- Baccari*. — Rivista clinica terapeutica, p. 469, 1906.
- Billet* (A.) et *Bressot*. — Auto-sérothérapie de la pleurésie (Société de Médecine militaire française, 21 avril 1910).
- Boinet et Murel*. — Marseille médical, 15 mai 1910.
- Busquet* (P.). — Contribution à l'étude de l'auto-sérothérapie (Gaz. heb. des Soc. méd. de Bordeaux, 1910).
- Cartier* (P.). — Étude expérimentale de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. Thèse de Paris, Steinheil, 1906).
- Ciasi*. — Giornale med. del Broccita, 1907.
- Costa*. — Giornale internat. delle scienze med., fasc. 2. 1907.
- Courmont* (J.). — Soc. méd. des Hôpitaux de Lyon, 18 janvier 1910.
— Presse médicale, 8 nov. 1905.
- Courmont* (P.). — Propriétés humérales des épanchements des séreuses, etc. (Journal médical français, 15 nov. 1910, p. 469).
- Debove, Renault* (J.) et *Rémond*. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 24 juillet 1891.

Donzello. — *Riforma medica*, 1903, n° 16, p. 443.

Devoir. — Un cas d'auto-sérothérapie dans une pleurésie tuberculeuse (*Bull. de la Soc. méd. de l'Yonne*, 1911, p. 18).

Enriquez, Durand (G.) et M. Pierre Weil. — Trois cas de pleurésie séro-fibrineuse traités par injections sous-cutanées de liquide pleural (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1909, p. 1136.)

Fede. — *La Riforma medica*, 1906, n° 48.

Galup (J.). — L'Auto-thérapie ascitique. Thèse Paris. Steinhil, 1911.

Gaultier (R.). — L'Auto-sérothérapie de la pleurésie séro-fibrineuse (Méthode de Gilbert de Genève) (*Bull. gén. de thérapeutique*, 8 sept. 1909, pp. 321-326).

Garbarini-Rossie. — *Gaz. deg. Osped. e delle Cliniche*, 1903, p. 490.

Geronzi. — *La Medicina italiana*, fév. 1906.

Gilbert (de Genève). — *Atti delle XI Congresso intern. di med. di Roma*, 1894.

— *Gazette des Hôpitaux*, 1894, n° 72, p. 677.

— *Rev. méd. de la Suisse Romande*, janv. 1910.

Godlewsky. — *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. de Vaucluse*, sept. 1910.

Jeunet. — *Soc. méd. des Hôpitaux d'Amiens*, nov. 1909.

Jona. — *Gaz. deg. Osped. e delle Cliniche*, 1907, n° 73.

Jovane. — *La Pediatria*, 1905, n° 11.

Landolfi. — *Riforma medica*, 1906, n° 48.

Landouzy. — *Les Sérothérapies*, 1898, p. 359.

Le Play (A.). — Auto-sérothérapie des épanchements séreux (*Bulletin médical*, 27 juillet 1910, p. 707).

Læper (M.). — *Les Dilutions du sang (J. de Phys. et de Path. générale*, janv. 1903).

Levy-Valensi et Pouzin (M^{lle}). — Influence des évacuations minimales sur la résorption des épanchements pleuraux (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 11 mars 1910).

Maragliano. — *Gaz. deg. Osped. e delle Cliniche*, 1903, p. 490.

- Marcou.* — L'Auto-sérothérapie pour activer la résorption des épanchements pleuraux (Presse médicale, 1909, n° 71, p. 627).
- Morichau-Beauchamp (R.).* — L'Auto-sérothérapie et l'auto-drainage dans le traitement des épanchements des cavités séreuses (Archives médico-chir. de Province, n° 8, 15 août 1910, p. 384-394).
- Mongour et Gentès.* — Congrès intern. de méd. de Paris, 1900 (in Sem. médic., 1900).
- Nasetti.* — Riforma medica, 1908, n° 39, p. 1073.
- Netter.* — Effets de la tuberculine sur les pleurétiques (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1891).
- Pron.* — Soc. de Thérapeutique, 27 avril 1910.
- Roque (G.) et Cordier (V.).* — Auto-sérothérapie ascitique (Presse médicale, 1910, p. 465).
- Scarpa.* — Atti delle VII Congresso di medic. Int. di Roma, 1896.
- Sicard et Galup (J.).* — Soc. médic. des Hôp. de Paris, 10 février 1911.
- Schnutzen.* — Berliner klinische Wochenschrift, 18 janv. 1909, pp. 97-100.
- Tschigayew.* — Rousski medinski. Vertruck, 1904, n° 11.
- Weill et Mouriquaud.* — Soc. méd. des Hôp. de Lyon, janvier 1910.
- Zolotareff (M^{lle}).* — Etude critique du traitement des épanchements séreux et de l'Auto-sérothérapie. Thèse de Paris, 1910.

